Lane Medical Library

Seltene Fälle von Gesichtskrebs mit ungewöhnlich langer Dauer.

Mit 2 Abbildungen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der gesammten Medicin

verfasst und einer

hohen medicinischen Facultät

der

Kgl. bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des Herrn

Obermedicinalrates Prof. Dr. O. Bollinger

vorgelegt von

Fritz Zorn

appr. Arzt aus Memmingen.

München 1891.

Buchdruckerei von M. Ernst.

Seltene Fälle von Gesichtskrebs mit ungewöhnlich langer Dauer.

Mit 2 Abbildungen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der gesammten Medicin

verfasst und einer

hohen medicinischen Facultät

der

Kgl. bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des Herrn

Obermedicinalrates Prof. Dr. O. Bollinger

vorgelegt von

Fritz Zorn

appr. Arzt aus Memmingen.

München 1891.

Buchdruckerei von M. Ernst.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154014_0147

Dem Namen Krebs begegnen wir zuerst in den Werken der alten römischen Aerzte, welche damit eine Geschwulst beschrieben, deren Aeusseres mit dem Krebstiere eine gewisse Aehnlichkeit haben sollte. Mit dem Tierkörper verglichen sie die Geschwulst selbst, während sie die in ihrer Umgegend angeschwollenen Gefässe als Beine des Tieres ansprachen. Der Verlauf und die üble Prognose der Krankheit war ihnen nicht ganz unbekannt. So beschreibt z. B. Celsus als Anfangsstadium id, quod καχόηθες a Graecis nominatur und unterscheidet weiter ein καρκίνωμα, quod sine ulcere est, ein ulcus und endlich ein Thymium — nach anderer Lesart Thymum — worunter nach Thiersch die knotigen Anschwellungen in der Umgegend und sekundäre Affektionen, namentlich der Lymphdrüsen gemeint sein dürften.

Celsus fährt dann fort: Tolli nihil nisi καχόηθες potest: reliqua curationibus irritantur, et quo maior vis adhibita est, eo magis. Quidam usi sunt medicamentis adurentibus; quidam ferro adusserunt; quidam scalpello exciderunt, neque ulli unquam medicina profuit; sed adusta protinus concitata sunt et increverunt, donec occiderent. Excisa etiam post inductam cicatricem tamen reverterunt et causam mortis attulerunt.

Diese Ausführungen enthalten nun freilich einiges, was mit den Lehren der heutigen medizinischen Wissenschaft nicht in Einklang zu bringen ist, allein es ist

doch nicht uninteressant, aus diesen therapeutischen Massnahmen zu entnehmen, wie bald man die grosse Neigung der Carcinome zu recidivieren erkannte und auf die Wirkung aufmerksam wurde, welche äussere Reize auf die Geschwulst haben.

Das eigentliche Wesen, die Aetiologie, der anatomische Bau des Krebses blieb indes lange unbekannt. Der Lauf von Jahrhunderten hat hierüber kaum einige Klarheit zu bringen vermocht.

Noch vor wenig mehr als hundert Jahren beschränkte sich das ganze Wissen über diesen Gegenstand darauf, dass der Krebsknoten (cancer occultus) aus dem an und für sich nicht krebsigen Scirrhus oder der sogenannten Verhärtung (induratio) hervorgehe und sich später zum Krebsgeschwür (cancer apertus) umwandle.

Gegen Ende des vorigen Jahrhunderts finden wir zunächst das Bestreben, Klarheit über die Ursachen der Carcinome zu bekommen. Die Beobachtungen der Alten über den günstigen Einfluss von Reizen auf das weitere Wachstum des Krebses wurden wieder Gegenstand der Betrachtung und fanden nicht allein Bestätigung, sondern führten zugleich zu der Erkenntnis, dass sich viele Carcinome erst auf Grund lokaler Irritationen entwickeln. So macht z. B. Van Swieten auf das Entstehen des Krebses an Zunge, Lippen und Eichel in Folge von Traumen aufmerksam. A. G. Richter präcisirt den alten Satz: ‚Ein Scirrhus ist eine harte und schmerzhafte Geschwulst in einem drüsigen Teile mit einer Anlage zum Krebse' dahin, dass der Krebs von einem Scirrhus sich wohl entwickeln könne, im Allgemeinen aber einen sehr ver-

schiedenen Ursprung zeige und nicht selten auch aus einer Warze, einem Geschwür, aus einem Gerstenkorn, einer Exkoriation, Balggeschwulst, Hitzblatter etc. entstehe.

Die Ansicht, als ob der Scirrhus mit dem Krebs weiter nichts gemeinsam habe, als dass er zu demselben disponire, finden wir erst 1816 von Laennec widerlegt, der in ihm die durch Härte und faserige Textur charakterisirte Krebsart erkennt. Laennec macht zugleich den ersten Versuch einer Einteilung der Geschwülste im Allgemeinen, deren Verschiedenartigkeit etwas später Lobstein daraus erklären zu können glaubt, dass sie aus einer im Parenchym der Organe sich findenden lymphähnlichen Flüssigkeit entständen, welche euplastischer oder kakoplastischer Natur sein könne. So entwickelten sich dann in dem einen Falle die gutartigen oder homologen, in dem anderen die bösartigen oder heterologen Geschwülste.

Ganz neue Gesichtspunkte brachte im Jahre 1838 ein Werk über den feineren Bau der krankhaften Geschwülste von Johannes Müller. Dieser teilt die Gewächse ein in solche, die durch eine Operation heilbar sind und in nicht heilbare oder krebshafte, die zwar auch exstirpirt werden können, aber stets Recidive nach sich ziehen und endlich zum Tode führen. Auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen stellt er die Behauptung auf, Carcinom unterscheide sich weder hinsichtlich der Struktur noch bezüglich seiner Entstehung wesentlich von den gutartigen Geschwülsten, und verwirft demnach auch den bisher gemachten Unterschied zwischen homolog und heterolog. Als hauptsächliche Merkmale des Krebses führt

er an, dass derselbe die natürliche Struktur aller Gewebe aufhebe und sie sämmtlich in dieselbe krebsige Degeneration hineinziehe. Er hebt hervor, dass es sich dabei nicht allein um eine Degeneration, sondern zugleich um eine Neubildung handle, indem neben der Entartung gesunder Teile zwischen den Gewebsteilen des Organs eine Neubildung von Formelementen stattfinde, durch welche die natürliche Struktur verdrängt werde.

Von den neueren Forschern hat sich besonders Thiersch durch genaue Studien über den Krebs verdient gemacht. Er wendet sich zunächst gegen die zuerst von Bichat im Jahre 1801 in dessen Anatomie générale ausgesprochene Ansicht, dass alle Geschwülste und somit auch der Krebs aus dem Zell- oder Bindegewebe stammten, indem dieses durch Proliferation das Stroma liefere, welches seinerseits sodann die Einlagerung producire.

In seiner Arbeit über den Epithelialkrebs, namentlich der Haut, ist zuerst der epitheliale Charakter der Neubildung betont und zugleich die innige Beziehung der neugebildeten Epithelien zu den normalen Epithelzellen der Haut gelehrt. Zur Begründung seiner Behauptung, dass die charakteristische Zellwucherung beim Epithelkrebs von den Epithelien, nicht vom Bindegewebe abzuleiten sei, greift Thiersch zurück in die Entwicklungsgeschichte und sagt, dass ebensowenig als ein Hund einen Frosch zu zeugen im stande sei, ein Übergang des einen Keimblattes in das andere vorkomme Diese Auseinandersetzungen fussen auf der von Remack begründeten und auch auf die pathologische Entwick-

lungsgeschichte ausgedehnten Keimblätter - Theorie, wonach sämmtliche Haut-, Schleimhaut- und Drüsenepithelien nur aus den beiden Grenzblättern, dem Horn- und Darmdrüsenblatt hervorgehen und demnach alle epithelialen Gebilde sich überhaupt nur aus epithelialen Keimen entwickeln können.

Um einer falschen Auffassung seiner Lehre vorzubeugen, hebt Thiersch an dieser Stelle hervor, dass die Epithelien der Blut- und Lymphgefässe, der Lymphdrüsen, der Milz, der Peritoneal-, Pleural-, Gelenkhöhlen und serösen Säcke auszuscheiden seien; dieselben leiten ihren Ursprung vom mittleren Keimblatt ab und seien als unächte Epithelien auch fähig, unter pathologischen Bedingungen Bindegewebe, z. B. Adhäsionen zu bilden.

Was nun die als primär beobachteten Krebse solcher Organe betrifft, denen normaler Weise keine Epithelien zukommen, so ist Thiersch der Meinung, sie seien wohl nur scheinbar primär gewesen, übrigens liesse sich ein wirklich primäres Vorkommen dahin erklären, dass sich entweder epitheliale Keime nach und nach von ihrem Mutterboden abgeschnürt und eine Wanderung nach dem Innern des Körpers angetreten hätten, oder dass sie schon bei der embryonalen Anlage versprengt worden seien, um dann später bei einer ihnen günstigen Gelegenheit ihre Bösartigkeit zu entfalten. Eine Anzahl hieher gehörender epithelialer Geschwülste bedurfte dieser Erklärung bald nicht mehr und konnte zugleich als primär auftretende Neubildung mit aller Bestimmtheit angesehen werden. Es sind dies die Krebse des Gehirns und der Geschlechtsdrüsen. Diese Organe wurden lange als Abkömmlinge

des mittleren Keimblattes betrachtet, bis von His ihre epitheliale Abstammung aus dem äusseren Keimblatte unzweifelhaft festgestellt wurde.

Ausser der ersten Entstehung des Krebses hat Thiersch besonders seine Aetiologie näher zu erforschen gesucht. Er legt ein grosses Gewicht auf die senilen Veränderungen, indem nach seiner Ansicht im späteren Alter in Folge der Schrumpfung des Bindegewebes die epithelialen Bildungen mehr in den Vordergrund treten und in der Ernährung gewissermassen das Übergewicht gewinnen. Als gelegentliche Ursachen führt er rauhe Witterung, unzweckmässiges, gewaltsames Rasieren, Tabakrauchen und ähnliche Hautreize an, bemerkt jedoch, dass dieselben nur bei vorhandener Krebsdisposition ihre Schädlichkeit entfalten. Auch die übrigen klinischen Momente, Verlauf und Prognose, Operationsresultate wurden von ihm an der Hand einer grösseren Reihe von Krebsfällen beschrieben und statistisch zusammengestellt. Ebenso gibt er interessante therapeutische Verhaltungsmassregeln, indem er z. B. empfiehlt, beim flachen Hautkrebs wenigstens 1 cm, beim tiefgreifenden, jedenfalls $1^1/_2$ cm weit von der sichtbaren Grenze des Gesunden entfernt im normalen Gewebe zu operiren.

Thiersch's neue Lehre von der Entstehung der Krebse stiess nun unter seinen Zeitgenossen, namentlich bei O. Weber, Virchow und einige Zeit auch bei Billroth auf heftigen Widerspruch.

O. Weber definirt den Krebs folgendermassen: „Unter der Bezeichnung: Epithelialkrebse oder Cancroide verstehen wir diejenigen Neugebilde, bei welchen sich drüsenähnlich angeordnete Epithelialzellen in Form kugeliger Nester mitten in gesunden, sonst keine Epi-

thelien bergenden Geweben entwickeln und wobei es zu diffuser Ausbreitung des Neugebildes hauptsächlich durch Wucherung der Bindegewebszellen, deren Wucherungsprodukt den Charakter der Epithelialzellen trägt, kommt.“ Nach seiner Ansicht entwickelt sich der Epithel-Krebs häufig von solchen Gebilden aus, die an ihrer Oberfläche mit Epithelien bedeckt sind, noch öfter aber soll er als verborgener Krebsknoten (cancer occultus) vorkommen in den an der Oberfläche noch gesunden Teilen eingelagert, wo er sich aus Bindegewebszellen entwickle und in dem Parenchym der Organe die umfangreichsten Zerstörungen anrichten könne, ehe er als cancer apertus an der Oberfläche sichtbar werde und damit in den Bereich der Epithelien komme. O. Weber hält also an seinen früheren Ansichten über die Entwicklung des Krebses aus Bindegewebe fest, und gibt nur zu, dass die Hautdrüsen dabei eine grössere Rolle spielen möchten, als man bisher anzunehmen gewöhnt war. Er verweist auf Beobachtungen, welche er anderen Gebieten als gerade der Haut, nämlich Darm und Niere, entnommen hat, oder accidentellen Schleimbeuteln und Kystomen, wo er überall eine Epithelwucherung aus dem Bindegewebe gesehen haben will.

Desgleichen lässt Rindfleisch alle ächten Carcinome aus dem Bindegewebe entstehen, doch glaubt er, dass beim Hautkrebs ein Zusammenhang der Zellwucherungen mit den epidermoidalen Gebilden existiere und eine Entwicklung aus Hautdrüsen nachzuweisen sei.

Allein Thiersch fand nicht nur Gegensätze, sondern auch warme Anhänger und Verteidiger seiner Lehre.

Unter diesen ist besonders Waldeyer zu nennen. Er sagt: „Ich fasse das Carcinom im Wesentlichen als eine epitheliale Neubildung auf und meine, dass es primär nur da entsteht, wo wir ächt epitheliale Bildungen haben". Was das sekundäre Auftreten des Carcinoms betrifft, so ist er der Ansicht, dass es entweder durch direkte Propagation epithelialer Zellen oder auf dem Wege der embolischen Verschleppung durch Blut- und Lymphgefässe zur Entwicklung gelange.

In einem Punkt gehen die Ansichten beider Autoren vollständig auseinander, indem Waldeyer Thiersch's Ansicht über die zunehmende Häufigkeit der Carcinome im höheren Alter in Folge einer Abnahme des Bindegewebes dem Epithel gegenüber nicht anerkennt. Seiner Ansicht nach ist das gerade Gegenteil der Fall: Die epithelialen Elemente gingen zu Grunde, wofür die Abnahme des Bart- und Haarwuchses in späteren Jahren beweisend sei, und es trete sogar eine indurative Bindegewebswucherung an ihre Stelle. Dieselbe sei vielleicht die mehrfach beschriebene, „einleitende Bindegewebswucherung", wie sie besonders bei den in Folge von Traumen sich entwickelnden Carcinomen sich beobachten lasse.

Betrachtet man nun den heutigen Stand der Wissenschaft, so muss man allerdings zugeben, dass die Akten über die Entstehung des Krebses noch nicht geschlossen sind, indem mit Virchow noch einige bedeutende Männer an dessen Ansicht von der Entwicklung der Carcinome aus dem Bindegewebe fest halten. Allein der grössere Teil der Gelehrten hat sich Thiersch angeschlossen und nimmt nun an,

dass die Krebszellen nichts anderes als atypisch gewucherte Epithelzellen sind, welche in den Maschen eines teils alten teils neu gebildeten Bindegewebes als Zellnester, Zellzapfen und Zellstränge Aufnahme gefunden haben. Demnach gestaltet sich denn auch die gewöhnliche Definition des Krebses derart, dass darunter eine Neubildung zu verstehen ist, welche sich durch atypische Wucherung epithelialer Elemente charakterisirt. Diese beteiligt sich aber nicht etwa nur in geringem Maasse an dem Aufbau der Geschwulst, sondern macht von vorneherein ihren wesentlichen Bestandteil aus. Von atypischen Epithelwucherungen anderer Art unterscheiden sich aber die des Krebses dadurch, dass sie ein unbeschränktes Wachstum haben, kein Gewebe schonend immer weiter zerstörend in die Nachbarschaft eindringen, auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn Metastasen erzeugen und in verhältnismässig kurzer Zeit zu Tode führen. Ueber diese Bösartigkeit der Carcinome ist früher gestritten worden, indem von einigen der Epithelialkrebs dem Markschwamm gegenüber als gutartig und Scheinkrebs bezeichnet worden ist. Wir dürfen jedoch O. Weber wohl beipflichten, der sich dahin ausspricht, dass hiezu Verwechslungen mit destruirenden Papillomen, Drüsenhypertrophien oder mit Sarkomen Veranlassung gegeben hätten, und dass in diesen Fällen der in die Augen fallende Sitz des Uebels den Kranken früh zum Arzt geführt und eine gründliche Exstirpation möglich gemacht habe.

Wie schon der Titel des von Thiersch herausgegebenen Werkes besagt, hat sich der Autor vorzüglich mit dem Krebs der Haut beschäftigt. Von

grosser Wichtigkeit ist die von ihm geschaffene Einteilung der Hautkrebse in flache und tiefgreifende, wodurch nicht allein eine anatomische Beschreibung, sondern gewissermassen zugleich das ganze klinische Bild derselben gegeben ist. Thiersch definirt die erstere Form als eine oberflächliche nur wenige Millimeter dicke Schicht epithelialer Neubildung, die sich vom unterliegenden Stroma mit einer ziemlich ebenen Contour scharf absetzt, wogegen die zweite sich in beträchtlicher Tiefe in Form unregelmässiger Anhäufung ausbreite.

Während der flache Hautkrebs meist in Form des ulcus rodens auftritt, als welches er ein flaches Geschwür mit glatten, nur wenig indurirten Rändern und in dessen Umgebung kaum merkliche pathologische Veränderungen zeigt, bildet die tief greifende Form sehr unregelmässige Geschwüre, die in ihrer Umgebung wie auch in tieferen Gewebslagen harte erbsen- bis wallnussgrosse Knollen erkennen lassen. Der flache Hautkrebs charakterisirt sich durch langsameres Wachstum und relative Gutartigkeit, der tief greifende als rasch verlaufende, durchaus bösartige Neubildung.

Was nun den mikroskopischen Bau betrifft, so haben besonders Waldeyer's Untersuchungen ergeben, dass beim flachen Hautkrebs namentlich die tiefere Lage des Stratum Malpighi beteiligt ist, indem dieselbe stark wuchert, sich jedoch stets nur wenig in die tieferen Schichten ausbreitet, bevor sie ulcerativ zerfällt. Die beim tief greifenden Haut-Carcinom sich entwickelnden oben beschriebenen Knollen sind meist vergrösserte mit epithelialen Zellen vollgestopfte Talgdrüsen oder seltener Haarbälge, welche zu colossalen Wucherungen

Anlass geben und bei der Ulceration tiefe und umfangreiche Zerstörungen hinterlassen. Diese Hypertrophie der Haarbälge und Talgdrüsen glaubt Köster jedoch nicht in direkte Beziehung mit dem Carcinom bringen zu dürfen, wenn sie auch eine häufige, in den meisten Fällen jedoch dem Krebs vorausgehende Veränderung sei.

Thiersch hatte nun auch schon auf Grund früherer Ueberlieferungen an der Hand des Tabak- und Schornsteinfegerkrebses darauf aufmerksam gemacht, welch gewichtiges Moment für die Entstehung des Haut-Carcinoms wie der Krebse überhaupt die lokale, chronische Reizung sei und spätere Untersuchungen über den Theer- und Paraffinkrebs von Volkmann und Tillmanns haben dies nur bestätigt. Trendelenburg glaubt nun aber, solchen beständigen Reizen nur eine prädisponirende Bedeutung zuschreiben zu dürfen, wogegen die eigentliche Ursache der Erkrankung in etwas Anderem, wahrscheinlich in einer noch nicht näher bekannten von aussen kommenden Infektion zu suchen sei. Dadurch wäre dann auch die grosse Disposition des höheren Alters für Krebs aus einer geringeren Widerstandsfähigkeit gegen die Bazillen zu erklären. Forschungen, welche im vorigen Jahre veröffentlicht wurden, scheinen allerdings diese Ansicht wieder zu dementiren, indem zwar von Scheurlen und anderen Pilze gefunden wurden, jedoch nur ganz unschädliche Saprophyten.

Gegenüber jenen Erörterungen über das Entstehen der Carcinome durch rein äussere Ursachen hat im Jahre 1882 Cohnheim eine sehr sinnige Theorie aufgestellt. Nach dieser sind alle Geschwülste in ihrem

Keime embryonal angelegt und als überschüssiges Zellmaterial an der betreffenden Körperstelle deponirt, wo sie später bei manchen Menschen durch Wucherung die Geschwulst bilden, während sie bei anderen nicht zur weiteren Entwicklung gelangen. Dass im ersteren Falle häufig die direkte Veranlassung durch ausgiebigere Blutzufuhr, mechanische und chemische Reizungen und andere Einflüsse gegeben sei, stellt Cohnheim nicht in Abrede. Wenn nun an der Hand dieser Hypothese sich gar manches bisher Unerschlossene, speziell auch auf dem Gebiete der Krebslehre erklären liess, vermochte sie doch nicht auf alle Fragen Antwort zu geben und blieb nicht frei von Einwänden, so dass sie zur Zeit auch von vielen ihrer früheren Anhänger wieder verlassen ist.

Somit muss sich denn die Wissenschaft zu dem Geständnisse herbeilassen, dass die Aetiologie des Krebses wie die der Geschwülste überhaupt noch vielfach dunkel ist und sich darauf beschränken, dass erfahrungsgemäss seine Entstehung am häufigsten auf Grund lokaler Irritationen, chronischer Entzündungen, Narben, gutartiger Geschwülste beobachtet wird, wobei das vorgerückte Alter eine grosse Rolle zu spielen scheint und auch ererbte Disposition und überaus reichliche animalische Kost, zuweilen auch das Geschlecht nicht ganz ausser Acht zu lassen sind. Freilich sind diese Momente nur mit Vorsicht als ursächliche anzusprechen. Denn betrachten wir das Vorkommen des Carcinoms in den einzelnen Organen, so finden wir allerdings in vielen Fällen genügend Umstände, welche wir für das Auftreten der Krankheit verantwortlich machen können, in anderen Fällen fehlen diese aber oder es tritt um-

gekehrt trotz aller Voraussetzungen und Vorbedingungen kein Krebs auf. Warum sollte sonst, wie Trendelenburg treffend bemerkt, das Welkwerden der Haut und Schwinden des subcutanen Fettpolsters und Bindegewebes gerade speziell zu Gesichts-Carcinom disponiren, während dies doch am übrigen Körper ebenso der Fall ist, und andere Körperteile wie z. B. die Hand namentlich bei der Arbeiter-Bevölkerung wohl ebenso sehr Schädlichkeiten von Seite des Berufes und der Witterung ausgesetzt sind. Dennoch werden aber Carcinome der Hand selten beobachtet. Wenn, wie die statistischen Arbeiten von Winiwarter und Koch ergeben haben, von 100 Fällen Gesichtskrebs circa 70 auf die Landbevölkerung treffen und nur 30 auf Städtebewohner, so ist dies aus der Lebensweise und Berufsthätigkeit der beiden Klassen klar. Höchst auffallend ist dagegen die Verteilung auf die beiden Geschlechter. Denn wenn man auch mit vollem Recht z. B. bei Lippen-Carcinom den durch das Mundstück der Tabakspfeife und den Tabaksaft hervorgerufenen chronischen Reizzustand in Betracht zieht und damit das öftere Vorkommen bei Männern teilweise zu erklären sucht, so ist es doch auffallend, dass in England, wo die Arbeiter-Frauen viel rauchen, Lippen-Carcinom dennoch bei der weiblichen Bevölkerung ebenfalls selten ist, während in der Schweiz, wo die Frauen nie rauchen, dieselben fast doppelt so viele, im Ganzen aber allerdings auch nur 8,9% der Lippen-Krebse stellen. Da schon frühere Beobachtungen über Carcinome in der Umgegend des Ohres die nämliche einseitige Verteilung auf beide Geschlechter ergeben haben, glaubt Thiersch die stärkere Entwicklung der Haarbälge und Haarbalg-

drüsen und ihr bis ins höchste Alter andauerndes, zuweilen steigendes Wachstum als einen Grund dafür ansehen zu müssen, dass ein so grosser Procentsatz von Gesichtskrebsen auf männliche Individuen entfalle. Auf die grosse Anzahl der von der Lippenschleimhaut ausgehenden Carcinome ist dieser Satz jedenfalls nicht anzuwenden.

Die Gesichtskrebse, von denen mit Ausschluss der Lippen-Carcinome im Folgenden weiter die Rede sein soll, sehen wir am häufigsten entstehen im Anschluss an chronische entzündliche Reizzustände der Haut und die häufig damit verbundenen Schuppen-, Schorf- und Hornbildungen, ferner nach Gesichtseczemen, lupus, allen möglichen Arten von Verletzungen und Narben. Auch hört man nicht selten, dass das Übel von einer Warze ausgegangen sei, die Jahre lang als durchaus gutartiges Gebilde bestand, dann aber anfing, zu nässen und zu bluten, häufig gekratzt und so ein Geschwür und zum Carcinom wurde.

Das Carcinom des Gesichtes kommt fast ausschliesslich als flacher Hautkrebs vor und zwar an Schläfe, Stirn, Nase, Augenlider und Wange. Ein Lieblingssitz des Gesichtskrebses scheint der mediale Abschnitt des unteren Augenlides zu sein, was Trendelenburg darauf bezieht, dass diese Stelle bei Krankheiten der Coniunctiva am meisten in Mitleidenschaft gezogen sei, und chronische Coniunctivitis, Trachom, Eczem dem Lid-Carcinom oft vorausgingen. Es hindert dies jedoch nicht, die oben angeführten Gelegenheitsursachen für Gesichtskrebs im Allgemeinen speziell auch auf die gleichartige Erkrankung des Augenlides zu beziehen; vielmehr bemerkt Tren-

delenburg selbst, dass eine angeborene Warze mitunter den Ausgangspunkt bilde.

Die Carcinome des Gesichtes sind wegen ihrer ausserordentlich grossen Recidiv-Fähigkeit gefürchtet. Die Zerstörungen, welche sie anrichten, können ganz colossale werden und speziell diejenigen Krebse, welche in der Umgegend des Auges entstehen, sehr wichtige Organe, das Auge und das Gehirn ergreifen. Wenn im ersten Falle schon der Verlust des ganzen Sehorgans in Aussicht steht, so bringt ein Übergreifen der Neubildung auf die dura den Patienten in unmittelbare Lebensgefahr. Selbst wenn der Process nur bis zum Knochen vordringt, kann durch eiterige Ostitis und Meningitis das Leben schwer bedroht werden. Liegt aber die Möglichkeit derartiger Complikation weniger nahe, so steht in etlichen Jahren der Tod an allgemeiner Carcinomatose oder Erschöpfung in Aussicht, falls nicht andere intercurrente acute Krankheiten dem Dasein des bedauernswerten Kranken schon früher ein Ende machen.

Die Prognose des flachen Gesichtskrebses ist somit wie die der übrigen Carcinome ungünstig, doch darf nicht unerwähnt bleiben, dass diese Form immerhin unter allen die gutartigste ist, als welche sie sich durch späte Metastasenbildung und relativ langsamen Verlauf charakterisirt. Fälle von so langer Dauer wie die folgenden dürften aber dennoch zu den Seltenheiten zu zählen sein.

Einige hievon finden wir in der oben erwähnten Arbeit Thiersch's über den Epithelialkrebs, namentlich der Haut. Es möge hier genügen, sie kurz zu skizziren.

Der erste Fall (Tab. IV Nr. 57) war ein Carcinom der Oberlippe und Nase, welches eine Dauer von 17 Jahren aufwies. Der Patient, ein Schmiedgeselle, welcher im Alter von 41 Jahren erkrankte, war drei Mal in Folge seines Leidens operirt worden. Die Heilung hatte das erste Mal 1 Jahr Bestand, das zweite Mal verliefen 5 und das letzte Mal 5/4 Jahre bis zum Auftreten des Recidives. Schliesslich erfolgte der Tod an einer Verletzung der unteren Extremität. Die während der Krankkeit öfter vorgenommene mikroskopische Untersuchung hat flachen, kleinzelligen Epithelkrebs ergeben, welcher sich auf Grund eines Geschwüres entwickelt hatte.

Ein weiterer Fall (Tab. VI Nr. 74), dessen Diagnose gleichfalls mikroskopisch festgestellt wurde, war ein Krebs der Nase, Wange und Oberlippe, welcher von einer Warze ausging und 16 Jahre dauerte. Durch eine Operation soll Heilung erzielt worden sein.

Im Anhang zu der Tabelle VI ist in Nr. 76 ein Fall angeführt von ausgedehntem Krebs der Nase, Wange und des linken Auges, der 15 Jahre bis zur ersten Operation dauerte. Diese soll von gutem Erfolge gewesen sein. Leider fehlen auch hierüber wie über den vorigen Fall, nähere Nachrichten.

Von kürzerer, nur 8jähriger Dauer ist der Fall Nr. 61 in Tab. V. Es war ein flacher Krebs der Stirn. Der Patient, welcher mit 56 Jahren an dem Leiden erkrankt war, erlag kurz nach der Operation einer Meningitis und Encephalitis.

Nicht genau diagnosticirt, aber trotzdem erwähnenswert, dürfte noch ein Fall sein, der von 17—18jähriger Dauer sowohl in Anbetracht des Alters der

Kranken als in Bezug auf den Sitz und Verlauf des Übels als Krebs angesehen werden kann. Er ist in Tab. VI Nr. 75 bei Thiersch angeführt und in der Anmerkung näher beschrieben.

Die Beschreibung zweier weiteren höchst interessanten Fälle ermöglichte die Güte des Herrn Obermedizinal-Rates Professor Dr. Bollinger. Es sei mir an dieser Stelle gestattet, demselben für die gütige Ueberlassung der pathologischen Präparate und die freundlichst erteilten Anweisungen meinen ergebensten Dank auszusprechen; desgleichen den Herren Oberbahnarzt Dr. Herzog und Augenarzt Dr. Berger für ihre gütige Unterstützung.

1. Fall.

Katharina Lutz, Gütlerswittwe, 74 Jahre alt.

Anamnese: Ueber die Gesundheitsverhältnisse der nächsten Familienangehörigen liegen nur spärliche Angaben vor. Von den Eltern liess sich gar nichts erfahren, mehrere Geschwister sollen in frühen Jahren gestorben sein, ein Bruder starb 20 Jahre alt an Typhus, eine Schwester im Alter von 45 Jahren an einer Lungenkrankheit. Das Vorkommen einer sogenannten Familienkrankheit, speziell von Krebs in der Familie konnte nicht constatirt werden.

Katharina Lutz selbst soll als Kind niemals, später dagegen oft schwer krank gewesen sein, besonders kurz vor und nach ihrer Verheiratung im 32. Lebensjahre. Welcher Natur diese Krankheiten gewesen sind, liess sich nicht ermitteln.

Das Krebsleiden begann im Jahre 1875 als Warze am inneren linken Augenwinkel, die bald aufbrach, nässte und im Verlauf von 3 Jahren zu einem ober-

flächlichen cirka 5 Pfennig-Stück grossen Geschwür wurde. Es wurde deshalb ein Augenarzt, Herr Dr. Berger in München consultirt, welcher das Geschwür nebst einem grossen Teil des unteren und oberen Augenlides exstirpirte. Die Heilung hatte 1/2 Jahr Bestand. Dann brach die Stelle wieder auf, die Neubildung griff unter heftigen Schmerzen mächtiger um sich und war im Jahre 1882 so ausgedehnt, dass abermals ein chirurgischer Eingriff notwendig wurde. Die Geschwulstmassen füllten damals nach vollständiger Zerstörung des bulbus die ganze Augenhöhle aus und der geschwürige Zerfall hatte sich besonders gegen die Wange zu ausgebreitet. Auch die regio supra- und infraorbitalis war bis zu 3cm über und unterhalb des Augenhöhlenrandes in gleicher Weise afficiert. Es musste die Ausräumung der Augenhöhle bis auf das Periost und die Zerstörung der Neubildung mit dem Thermocauter vorgenommen werden. Nochmals liess sich durch Transplantation gesunder Hautstücke die Stelle schliessen, allein schon nach 1/4 Jahr trat ein zweites Recidiv auf, das bis zum Jahre 1885 zu ausgedehnten Zerstörungen, namentlich der Wange führte. Es wurde nun noch einmal operirt, doch ohne jeden Erfolg. Das Carcinom vergrösserte sich unter lebhaften Schmerzen immer mehr; vom Dezember 1889 an soll eine tägliche Zunahme der Neubildung bemerkbar gewesen sein. Bei den zugleich herrschenden heftigen Schmerzen, namentlich Kopfweh, beschränkte sich die Behandlung auf die Verabreichung von Morphium. Seit dem Anfang des Jahres 1890 war die hochgradig kachektische Kranke ans Bett gefesselt, Mitte Mai erlag sie ihren Leiden.

Das pathologische Präparat[1]) zeigt folgendes Bemerkenswerte: Das ganze Gesicht bietet, besonders in seiner linken Hälfte ein Bild hochgradigster Zerstörung. Der mediane Teil des Stirnbeins ist über dem oberen Lidrand derart zerfressen, dass der sinus frontalis vollständig freiliegt und man ihn in seiner ganzen Ausdehnung deutlich zu übersehen vermag. Beide Nasenbeine sind total zerstört, von der linken Seite führt zur rechten orbita ein etwa 1 cm breiter Kanal hinüber.

Auch weiter lateralwärts ist der obere Orbitalrand etwa $1^1/_2$ cm breit usurirt, der Knochen hier zackig, uneben, zum Zeil sehr missfarben von graubräunlicher Farbe und mit schmierig käsiger blaugrauer Masse bedekt. Der Jochfortsatz des Stirnbeins fehlt vollständig, so dass kaum der Ansatz desselben am Stirnbein sichtbar ist. Die obere Augenhöhlenwand ist durchbrochen, ein fast hühnereigrosses Loch führt in die Schädelhöhle. Von der unteren Augenhöhlenwand ist gar nichts mehr vorhanden.

Man sieht von vorn betrachtet bei geschlossenen Kiefern links eine grosse Höhle, die nach unten durch das Unterkiefer, nach aussen zum Teil vom aufsteigenden Unterkieferast, zum anderen Teil vom grossen Keilbeinflügel und oben vom Stirnbein begrenzt ist. Die Kanten der Knochen sind vollständig usurirt und mit zerfallenen Weichteilen nur spärlich bedekt, die blauschwärzlich verfärbt und mit schmieriger ebenso verfärbter Masse bedeckt sind. Median geht die Zerstörung bis zum rechten Siebbeinlabyrinth und Pflugscharbein. Hinten sieht man durch die

[1]) Sections-Journal Nr. 336 1890.

linke Choane direkt auf die Wirbelsäule und die sie bedeckenden Muskeln, welche blaugrünlich verfärbt und erweicht und von ebendemselben Belage bedeckt sind.

Einzelne Fetzen ragen als Reste der zwischen Choanen und Wirbelsäule verlaufenden Muskeln und anderer Gebilde noch herab. Die Höhle, welche man vor sich sieht, ist namentlich in der Tiefe mit grünlichen, stinkenden Zerfallsprodukten besetzt. Der linke sinus des Keilbeinkörpers ist eröffnet und von einer käsigen, schmierig grüngelben Masse erfüllt. Die normale Umwandung der Choane ist innen und unten erhalten; aussen und oben ist sie begrenzt von höckerigem rauhen Knochen, auf dem nekrotische Gewebsfetzen und ein stinkender graulicher Belag aufliegen. Das Jochbein fehlt nebst seinen sämmtlichen Fortsätzen und den es vorn und hinten begrenzenden Teilen. Nur der Jochfortsatz des Schläfebeines ist erhalten und ragt als spitze Knochenleiste vor. Der Oberkiefer und die Nasenmuscheln fehlen vollständig, vom harten Gaumen ist auf der ganzen linken Seite nur mehr hinten ein schmaler Streifen übrig geblieben, der die untere Choanenwand bildet. Derselbe geht herüber zum processus pterygoideus des Keilbeins, der fast vollständig erhalten ist. Nerven und Gefässe lassen sich in der ganzen Ausdehnung der nekrotischen Partien kaum unterscheiden von den übrigen Weichteilen. Die sich am aufsteigenden Unterkieferast ansetzenden Muskeln sind alle noch erhalten, wenn auch zum Teil, namentlich die an der inneren Seite gelegenen stark in Zerfall begriffen.

Blickt man von oben in die Schädelhöhle, so sieht man ein kleinhühnereigrosses Loch an der Stelle

der orbita mit scharfen gezackten Rändern, das die Medianlinie gegen rechts hin kaum überschreitet. Es grenzt fast bis an den canalis caroticus und stösst nach hinten an ein zu ihm in seinem Längsdurchmesser senkrecht gestelltes, etwa 5pfennigstückgrosses mehr dreieckiges Loch mit abgerundeten Winkeln, das die durch nekrotischen Zerfall der ala maior vergrösserte fissura orbitalis superior vorstellt. Die Grenze zwischen vorderer und mittlerer Schädelgrube ist nur durch eine schmale Knochenleiste vorzüglich aus der ala minor des Keilbeins gebildet. Im lateralen Teil der vorderen Schädelgrube findet sich ein kaum linsengrosser Defect, der nach unten führt; der Knochen ist hier so erweicht, dass er sich mit Leichtigkeit durchstossen lässt. Lateralwärts von dem hühnereigrossen Loche zeigt der Knochen ebenfalls vielfach nekrotischen Zerfall.

Noch genauer lassen sich die Verhältnisse am macerirten Schädel überblicken. Die pars nasalis und horizontalis sinistra des Stirnbeins sieht aus wie ein regelmässiges, spongiöses Knochenstück. Circa 1 Finger breit ist der Knochen über der Augenhöhle fehlend, der ganze Oberkiefer, das Jochbein der linken Seite, beide Thränen- und Nasenbeine, die linke concha inferior und das Gaumenbein fehlen vollständig, Pflugscharbein ist erhalten und nur in seiner vorderen Abteilung durchlöchert. Von der Augenhöhle ist somit nicht das geringste normale Begrenzungsstückchen vorhanden. An Stelle ihrer oberen Wandung führt ein fast hühnereigrosses Loch und mehrere kleinere bis zu gut Linsengrösse in die Schädelhöhle, sämmtlich mit unregelmässigen gezackten Rändern. Das grösste

von den letzteren liegt direkt einwärts von der Ansatzstelle des processus zygomaticus am Stirnbein. Der zerfressene Knochenrand, welcher bei der Betrachtung des Schädels von vorn den ganzen Defect oben begrenzt, setzt sich nach hinten und abwärts fort entlang dem grossen Keilbeinflügel und hat hier ebenfalls den rauhen, porösen Charakter wie oben. Ebenso sieht die Vorderseite des processus pterygoideus aus, der nur mehr halb vorhanden, ca. 1½ cm lang ganz frei zu Tage liegt. Auch der Keilbeinkörper ist in seinem vorderen Teile stark mitgenommen, so dass der linke sinus eröffnet ist und vollständig übersehen werden kann. Die fissura orbitalis superior hat sich zu einem dreieckigen, etwa 1 Pfennigstück grossen Loch erweitert, besitzt ebenfalls unregelmässig gezackte Ränder und reicht bis zum foramen opticum herab, das nur mehr vom unteren Rande regelmässig begrenzt ist. Die beiden cellulae ethmoidales des Siebbeins sind vollständig zerstört, so wie die lamina perpendicularis.

Die rechte Gesichtshälfte erscheint nur wenig betroffen. Es fehlt in der Ausdehnung eines 10 Pfennigstückes die innere Augenhöhlenwand hinter dem processus nasalis des Oberkiefers, während dieser selbst noch vollständig intact erscheint. Die der rechten Seite angehörigen cellulae ethmoidales des Siebbeins sind nur unvollständig erhalten, indem sie auf der Nasal-Seite etwa zur Hälfte zerstört sind. Das Fehlen des rechten Thränen- und Nasenbeins ist schon oben bemerkt. Der processus palatinus des Oberkiefers zeigt vorn und innen einen kleinen Defect.

Der übrige Sectionsbefund, soweit er für die spezielle Erkrankung des Gesichtes in Betracht kommt, ergab

nekrotischen Zerfall der dura entsprechend dem horizontalen Teil des linken Stirnlappens und eine Pachymeningitis interna vasculosa grösserer Ausdehnung. Metastasen konnten nicht nachgewiesen werden.

Die mikroskopische Untersuchung afficirter Gesichtsteile ergab nur wenig, aber deutlich ausgeprägte Krebsschläuche im subcutanen Bindegewebe, kleinzellige Infiltration des Binde- und Fettgewebes, unter der Epidermis stellenweise ausgedehnte nekrotische Partieen.

2. Fall.

Joseph Grosshauser, 64 Jahre alt.

Anamnese: Grosshauser hatte bei seiner Verheiratung im Jahre 1847 eine etwas über stecknadelkopfgrosse Haut-Warze, die in der Mitte des unteren Randes vom unteren Augenlide sass. Dieselbe war fast stets entzündet, nässte und hatte meistens einen roten Hof. Der Patient soll, wenn die Entzündung ziemlich erloschen war und die Stelle wenig nässte, Kopfschmerzen bekommen haben, was ihm als Entschuldigungsgrund galt, die Krusten und jungen Narben wieder abzureissen und die Entzündung von neuem anzufachen. Dieser Zustand blieb etwa die ersten 15 Jahre der Ehe bestehen. In seinem 43. Lebensjahre 1862 wurde das Geschwür jedoch grösser und breitete sich gegen den Mund zu derart in die Fläche und Tiefe aus, dass man nach Verlauf eines Jahres bequem das letzte Glied des kleinen Fingers hineinlegen konnte. Von nun an wuchs es nur sehr langsam weiter, Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre begann aber die Vergrösserung schneller vor sich zu gehen. Im Jahre 1876 ging das Auge verloren, später kam es zur Ausstossung nekro-

tischer Knochenstücke und in der letzten Lebenszeit lag das Gehirn des dura-Ueberzuges beraubt frei zu Tage und wölbte sich als pulsirender Tumor vor, was die Ursache heftigster Schmerzen wurde, die den Kranken oft fast närrisch gemacht haben sollen. Die letzten 2 Jahre blutete das Geschwür oft und stark. Der Tod erfolgte im Jahre 1883. Grosshauser machte sonst keine Krankheiten durch. Von seinen 11 Kindern leben 6 und sind vollständig gesund. Genauere Angaben fehlen.

Pathologischer Befund.

Das Krebsgeschwür, das die ganze linke Gesichtshälfte einnimmt, lässt von der Oberlippe einen schmalen, 1 cm hohen Saum stehen, geht über dem Mundwinkel auf die linke Wange direkt nach aussen über bis zur Mitte des aufsteigenden Kieferastes, steigt hart vor dem Ohre nach aufwärts bis zur Schläfe, von hier 3 cm oberhalb des Augenhöhlenrandes bis zur Mitte der Stirne, wo es eine halbkreisförmige, etwa thalergrosse Ausbuchtung bis über den Haarrand beschreibt, jedoch nur an zwei kaum linsengrossen Stellen bis zum Knochen vorgedrungen ist.

Von hier aus geht es nach abwärts hart am rechten Auge vorbei auf die Mitte der Nase, welche bis auf die Nasenspitze fast völlig zerstört ist, und von da wieder zurück zur Oberlippe. Es fehlt linkerseits der ganze Oberkiefer mit Ausnahme des harten Gaumens, ferner das ganze Jochbein, der aufsteigende Teil des Gaumenbeines, die Nasenmuscheln und das Thränenbein, dann das ganze Siebbein und beide Nasenbeine. Die linke Augenhöhle ist total zerstört, medianwärts ist das Dach derselben vollständig zu Grund gegangen,

desgleichen der angrenzende Nasalteil vom Stirnbein, so dass die Schädelhöhle in der Ausdehnung von etwa 2 Markstückgrösse eröffnet ist. Der ganze Defect des Gesichtes, worein man bequem eine Faust legen kann, wird begrenzt nach aussen vom aufsteigenden Unterkieferast, nach unten vom harten Gaumen, nach innen von der Nasenscheidewand und nach oben vom Stirnbein, in die Tiefe erstreckt er sich bis in die Flügelgaumengrube. Die Wandungen dieser Höhle sind mit nekrotischen, krebsigen Massen belegt.

Bei der Section fanden sich nirgends Metastasen; auch die nächst gelegenen Lymphdrüsen erwiesen sich makro- und mikroskopisch normal.

Der Grund und der Rand des Geschwüres lassen mikroskopisch zahlreiche Krebszapfen und Krebsschläuche im Corium und Unterhautzellgewebe und kleinzellige Infiltration erkennen. Die obersten Partieen der Haut sind verdickt aber ohne weitere pathologische Veränderungen.

Nachdem der krebsige Charakter der beiden letzten Fälle durch die mikroskopische Untersuchung der pathologischen Präparate unzweifelhaft dargethan ist, dürfte es kaum notwendig erscheinen, mit Heranziehung ähnlicher Krankheiten noch eine spezielle Differentialdiagnose aufzustellen. Es hätte hier überhaupt wohl nur an zwei Erkrankungsformen noch gedacht werden können, nämlich an lues und lupus. Allein abgesehen von dem am meisten Ausschlag gebenden mikroskopischen Befund sind diese Erkrankungen auch makroskopisch und durch ihren klinischen Verlauf, letzterer zudem durch das regelmässige Vorkommen bei jugend-

lichen Individuen sehr verschieden von den vorliegenden und bei näherer Betrachtung unschwer von Carcinom zu unterscheiden.

Es ist also keine Frage, dass wir es hier mit Haut-Krebsen des Gesichtes zu thun haben, welche in Folge ihres abnorm langen Bestehens besonderes Interesse für sich beanspruchen dürften.

Litteratur.

Dr. Herzog. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1883 Nr. 40. Ein Fall von ausgedehntem Gesichts-Carcinom. Vortrag auf der Naturforscher-Versammlung zu Freiburg 1883.

O. Weber. Chirurgische Erfahrungen.

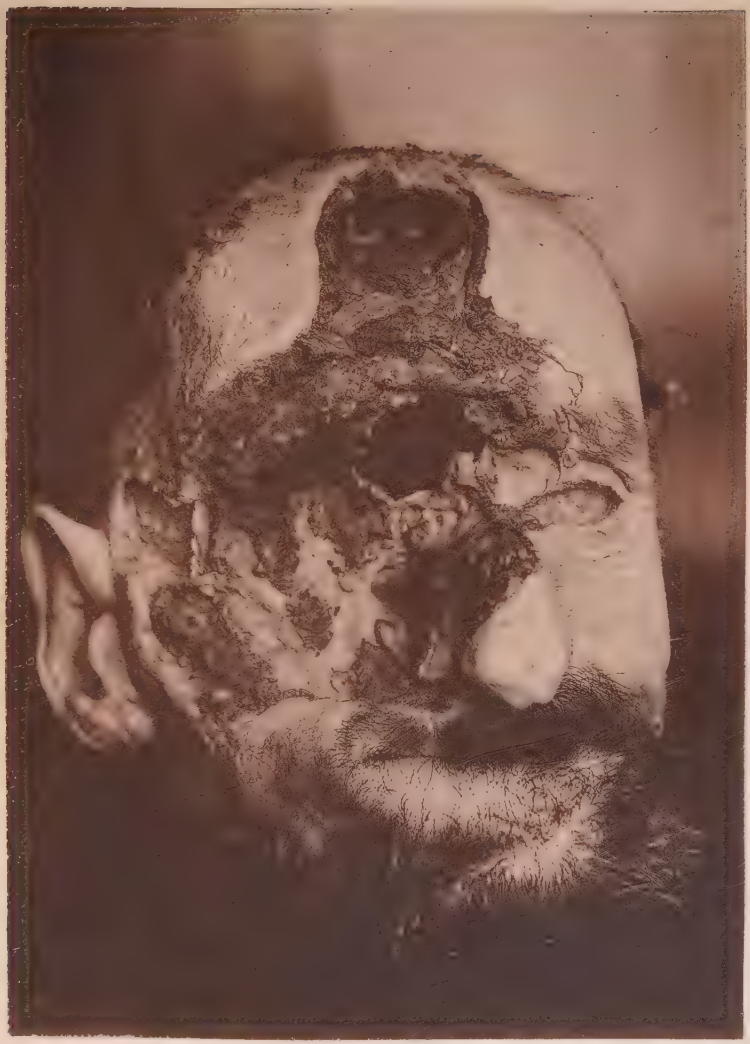
Köster. Die Entwicklung der Carcinome und Sarkome. Würzburg 1869.

Thiersch. Der Epithelialkrebs, namentlich der Haut.

Heinecke. Chirurgische Krankheiten des Kopfes. Deutsche Chirurgie von Billroth-Lücke. Lieferung 31 1882.

O. Weber. Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie von Pitha und Billroth. III. Band I. Abteilung, 2. Lieferung: Verletzungen und chirurgische Krankheiten.

Trendelenburg. Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Gesichtes. Deutsche Chirurgie von Billroth und Lücke. Lieferung 33. 1. Hälfte.

Billroth. Langenbeck's Archiv VII.

Waldeyer. Virchow's Archiv XII.